Zur Kasuistik der Ösophagusfremdkörper mit letalem Ausgang.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Josef Bayer,
approbierter Arzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Hinsberg.

Der Arbeit liegt ein Fremdkörper-Fall aus der Knappschafts-Ohrenklinik zu Kattowitz zugrunde. (Direktor Sanitäts-Rat Dr. Ehrenfried.)

Es handelt sich um eine 20 cm von der Zahnreihe im Ösophagus festgekeilte Zahnplatte. (Größte Durchmesser: 4,3 und 3,5 cm, Höhe 1,5 cm). Trotz bester Prognose was Alter des Falles, Allgemein-Zustand des Patienten, sowie Vorbehandlung anbetraf, scheiterten die ösophagoskopischen Extraktionsversuche, die von erfahrener Hand mit reichhaltigem Instrumentarium (auch Dilatations-Ösophagoskop) und Erschöpfuug aller gebräuchlicher Methoden vorgenommen wurden, an der fest und unverrückbar eingeklemmt sitzenden Gebißplatte.

Entfernung des Fremdkörpers durch Ösophagotomia externa in Allgemeinnarkose.

Exitus am 4. Tage nach der Operation an Pneumonie bei einwandfreien Wundverhältnissen.

Aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe ich noch weitere 19 Fälle zusammengestellt, bei denen ebenfalls, trotz Anwendung verschiedenster Methoden, eine ösophagoskopische Extraktion nicht gelang.

In diesen 20 Fällen konnten die Fremdkörper
3 mal glücklich in den Magen gedrängt werden,
2 mal durch Gastrotomie (davon 1 Exitus),
15 mal durch Ösophagotomia externa entfernt werden.

Von den 15 ösophagotomierten Fällen kamen 5 ad exitum
1 an Pneumonie,
2 an Arrosionsblutung,
2 an Mediastinitis.

Als Kontraindikation gegen Ösophagoskopie und ösophagoskopische Extraktionsversuche gelten im allgemeinen nach Killian die Symptome, die auf eine Perforation der Ösophaguswand hindeuten, die Schlemmer in seiner

umfangreichen Arbeit unter dem Begriff „alarmierende Symptome" zusammenfaßt. Das sind: Intensiver Schmerz in der Perforationsgegend, Fieber, septischer Habitus und besonders Hautemphysem am Halse. Trotzdem ösophagoskopierten auch bei septischen Erscheinungen und Anzeichen von Periösophagitis Jacques und Galebski mit gutem Erfolg. Fieber allein bildet keine Gegenindikation. Das Alter der Fälle an sich spielt ebenfalls keine wichtige Rolle. Wurden doch voluminöse Fremdkörper glücklich extrahiert, die 18 Jahre, 16 Jahre, 3 Monate und 6 Wochen im Ösophagus saßen. In diesem letzten Falle handelte es sich um eine Gebißplatte, die in einem fötiv riechenden, mit Granulationen fast vollkommen ausgefüllten Ösophagus sitzend, mit dem Ösophagoskop vorsichtig in den Magen hinabgedrängt wurde. (Hinsbergsche Klinik.)

Kommt eine Ösophagoskopie nicht mehr in Betracht oder schlagen die ösophagoskopischen Extraktionsversuche fehl und läßt sich der Fremdkörper auch nicht in den Magen drängen, so muß bei tiefsitzenden Fremdkörpern ein Entfernungsversuch durch Gastrotomie, bei hochsitzenden durch Ösophagotomie externa gemacht werden. Bei der Ösophagotomie, die nach Möglichkeit in Lokalanästhesie, ausgeführt werden soll, besteht hauptsächlich die Gefahr der Nachblutung und die des Weiterschreitens der Entzündung auf das Mediastinum. Eine Nachblutung wird sich nicht mit absoluter Sicherheit vermeiden lassen, da auch ohne Drain- oder Nährschlauch, wie Schlemmer zeigt, die Infektion allein eine so starke Schädigung der Gefäßwände hervorrufen kann, daß es zu einer tödlichen Blutung kommt. Dagegen kann nach Marschick mit nahezu absoluter Sicherheit der Gefahr der Mediastinitis begegnet werden, wenn eine präliminare Abdichtung des Mediastinum mit Jodoformgaze vor Eröffnung der phlegmonösen Stelle unterhalb des Entzündungsherdes gelingt. Außerdem kann zur Vermeidung dieser Gefahr die von Coenen angegebene, energische Tieflagerung des Oberkörpers versucht werden.